



FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DO PORTO

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

2009/2010

Catarina Sofia dos Santos Palmeira

A Equidade no Acesso à Saúde: A Problemática do Sistema
Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia

Abril, 2010

FMUP



FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DO PORTO

Catarina Sofia dos Santos Palmeira
A Equidade no Acesso à Saúde: A Problemática do Sistema
Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgias

Mestrado Integrado em Medicina

Área: Administração Hospitalar

Trabalho efectuado sob a Orientação de:

Prof. Dra. Guilhermina Rego

Livro: “Gestão da Saúde”

Abril, 2010

FMUP

Eu, Catarina Sofia dos Santos Palmeira, abaixo assinado, nº mecanográfico 020801053, aluno do 6º ano do Mestrado Integrado em Medicina, na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, declaro ter actuado com absoluta integridade na elaboração deste projecto de opção.

Neste sentido, confirmo que NÃO incorri em plágio (acto pelo qual um indivíduo, mesmo por omissão, assume a autoria de um determinado trabalho intelectual, ou partes dele). Mais declaro que todas as frases que retirei de trabalhos anteriores pertencentes a outros autores, foram referenciadas, ou redigidas com novas palavras, tendo colocado, neste caso, a citação da fonte bibliográfica.

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 20/04/2010

Assinatura: Catarina Sofia dos Santos Palmeira.

Nome: Catarina Sofia dos Santos Palmeira

Endereço electrónico: catarinasofia_pt@hotmail.com

Título da Dissertação/Monografia/Relatório de Estágio:

A Equidade no Acesso à Saúde: A Problemática Integrado de Gestão de Inscritos em Cirurgia

Nome completo do Orientador:

Guilhermina Maria da Silva Rego

Ano de conclusão: 2010

Designação da área do projecto de opção:

Administração Hospitalar

É autorizada a reprodução integral desta ~~Dissertação/Monografia/Relatório de Estágio~~ (*cortar o que não interessar*) apenas para efeitos de investigação, mediante declaração escrita do interessado, que a tal se compromete.

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 20/04/2010

Assinatura: Catarina Sofia dos Santos Palmeira.

GESTÃO DA SAÚDE

NORMAS PARA A ELABORAÇÃO DA MONOGRAFIA

1. Tipo de letra: Times New Roman
2. Tamanho da letra nos títulos: 14
3. Tamanho da letra nos subtítulos e no texto: 12
4. Tipo de letra nos títulos: maiúsculas, negrito
5. Tipo de letra nos subtítulos: iniciais maiúsculas, negrito e itálico
6. Palavras em língua estrangeira – latim, inglês, francês, alemão – em *itálico*
7. Alinhamento dos parágrafos: justificados
8. Espaços entre as linhas: 1,5
9. Evitar citações em “segunda mão”. Em todo o caso as citações devem estar entre aspas
10. Fundamentar sempre o que se afirma, indicando com rigor qual a obra em que se basearam
11. Tipo de letra das notas de rodapé: Times New Roman, tamanho 11
12. Referências no texto segundo o método de Harvard
13. No caso de ser o mesmo autor e o mesmo ano, então colocar a, b, c, a seguir à data por ordem de entrada no texto
14. No final do trabalho sob o título “Referências” colocar todas as referências citadas no texto (e apenas estas) por ordem alfabética.

INDÍCE:

AGRADECIMENTOS	2
LISTA DE SIGLAS	3
RESUMO	4
ABSTRACT	5
I. INTRODUÇÃO	6
II. EQUIDADE	7
a) Definição	7
b) Equidade no Acesso	9
c) Cuidados Hospitalares – as “Listas de Espera”	14
d) Problemática das LIC	15
e) Analogia com outros países Europeus	16
III. INSERÇÃO DO SIGIC NO SISTEMA DE SAÚDE PORTUGUÊS	17
a) O Sistema nacional de Saúde (SNS)	17
b) Objectivos do SIGIC	19
c) Legislação.....	21
d) Histórico.....	22
IV. ANÁLISE COMPARATIVA DA LIC ANTES E APÓS	
A IMPLEMENTAÇÃO DO SIGIC	25
a) Métodos.....	25
b) Resultados	27
a. Comparação pré e pós-SIGIC da LIC do HSJ	27
b. Comparação pré e pós-SIGIC da LIC do CHP – HSA	28
c. Análise Comparativa Independente de	
Dados do HSJ e CHP – HSA	28
d. Análise Directa Inter-Hospitalar em Valores Absolutos	
(HSJ vs CHP – HSA)	30
e. Comparação pré e pós-SIGIC da LIC do HIDP – Aveiro.....	32
V. DISCUSSÃO	32
VI. CONCLUSÃO	35
VII. REFERÊNCIAS	36

AGRADECIMENTOS

Expresso os meus agradecimentos a todos os que tornaram possível a realização deste trabalho. Quando se finaliza um estudo, não é evidente a contabilização dos esforços requeridos pelos que nos rodeiam e que de uma forma mais ou menos activa na nossa vida foram colaborando com os nossos objectivos; por conseguinte espero não negligenciar ninguém.

Destaco com especial apreço a Professora Doutora Guilhermina Rego que me orientou e incentivou na elaboração deste estudo.

Pretendo também dedicar uma palavra de apreço e gratidão ao Professor Rui Nunes, Director do Serviço de Bioética e Ética Médica da FMUP, pela disponibilidade do mesmo, bem como pelo modo como disponibilizou o Serviço em matéria de acesso a um conjunto de recursos técnicos e materiais que tornaram possível a realização deste trabalho.

Agradeço aos familiares e amigos que acompanharam de perto a elaboração deste trabalho, quer os que participaram de algum modo na elaboração da sua componente empírica, quer os que participaram com o seu apoio, disponibilidade e dedicação.

LISTA DE SIGLAS

SIGLAS	DESIGNAÇÃO
ACSS	Administração Central do Sistema de Saúde I.P.
ARS	Administração Regional de Saúde, I. P.
CHP	Centro Hospitalar do Porto
EPE	Entidade Pública Empresarial
LIC	Lista de Inscritos para Cirurgia
HSJ	Hospital de São João
HSA	Hospital de Santo António
HIDP	Hospital Infante Dão Pedro
ORL	Otorrinolaringologia
PECLEC	Programa Especial de Combate às Listas de Espera Cirúrgicas
SIGIC	Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia
SIGLIC	Sistema Informático de Gestão da Lista de Inscritos para Cirurgia
SNS	Sistema Nacional de Saúde
SPA	Sector Público Administrativo
UCGIC	Unidade Central de Gestão de Inscritos para Cirurgia
URGIC	Unidade Regional de Gestão de Inscritos para Cirurgia

A EQUIDADE NO ACESSO À SAÚDE: A PROBLEMÁTICA DO SISTEMA INTEGRADO DE GESTÃO DE INSCRITOS PARA CIRURGIAS (SIGIC)

EQUITY IN ACCESS TO HEALTHCARE SYSTEM: THE INTEGRATED SYSTEM OF MANAGEMENT FOR SUBSCRIBERS TO SURGERY IN PORTUGAL (SIGIC)

Catarina Palmeira – Aluna do 6º ano do Mestrado Integrado em Medicina.

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

Abril de 2010

RESUMO

A saúde é um bem social e necessita portanto de uma política de protecção adaptada a uma perspectiva de justiça distributiva que, num contexto de universalidade no acesso a cuidados de saúde, coloca em causa a equidade do sistema e a igualdade de oportunidades dos cidadãos. O Sistema Nacional de Saúde (SNS) depara-se, já há alguns anos, com uma problemática de listas de espera intermináveis, nomeadamente as Listas de Inscritos para Cirurgia (LIC), nas quais nem sempre se conseguia manter a equidade no acesso à cirurgia. Neste contexto foi criado um Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia (SIGIC), numa tentativa de combater essas lacunas do sistema de saúde, com o propósito de garantir o acesso e a equidade.

Nesta monografia pretende-se estudar a implementação do SIGIC no SNS Português à luz do princípio da equidade no acesso aos cuidados de saúde especializados. Para este efeito, e numa perspectiva de análise de dados, foram pedidas as LIC a dois hospitais centrais do Norte do País (Hospital de São João EPE, e Centro Hospitalar do Porto EPE), antes e após a implementação do SIGIC, e efectuou-se uma comparação inter e intra-hospitalar, em termos de valores absolutos totais e por especialidade. A título adicional, foi também efectuada uma comparação intra-hospitalar do Hospital Infante D. Pedro EPE, de Aveiro antes e após a implementação do sistema.

Apesar das limitações subjacentes a este tipo de análise, desde logo de natureza externa, foi possível constatar a existência de uma evolução positiva nas LIC, com uma perceptível tendência à diminuição progressiva do número de inscritos. E, ainda que de modo implícito, parece ser possível registar, em função da informação obtida, alguns progressos, que se manifestam numa maior garantia de acesso dos cidadãos aos cuidados de saúde, e portanto uma maior equidade no SNS. Contudo, esta análise exige uma reflexão cuidada que envolve necessariamente outro tipo de avaliações complementares. Pelo que, deverá entender-se este estudo como um primeiro passo de reflexão, que permite perceber que neste domínio ainda falta percorrer uma longa etapa para se conseguirem alcançar as metas pretendidas.

ABSTRACT:

Health is a social need and therefore requires a protection policy which adapted to a perspective of distributive justice, in a university context in the access to healthcare puts at doubt the equity of the national healthcare system and the chance of equality for every citizen. The national healthcare system has suffered much from the waiting lists for surgery, leaving the system with a problematic endless waiting list, rising the suspicion of equality in surgery access for everybody. In this context the ACSS has created the Integrated System of Management of the Waiting List for Surgery, the SIGIC, an attempt to fight the weakness of the national healthcare.

In this monograph, we seek to study the integration of the SIGIC in the National healthcare due to the principles of the equity in the access to healthcare services. For this cause, and in a prespective of analysing the data, surgery waiting lists were requested from two Portuguese hospitals from the North of the country (Hospital de São João EPE and Centro Hospitalar do Porto EPE) before and after the SIGIC and a comparison amongst and within the hospitals. It was also requested a comparison within Aveiro Hospital (Hospital Infante D.Pedro EPE), before and after the SIGIC.

Although all the restrictions involved in this sort of analyses, mainly of external nature, it is possible to notice the existence of a positive evolution of the waiting lists, with a pronounced tendency to an active decrease in the number of subscribers. And, although in an unexpressed way, seems to me possible to register, due to the data obtained, some improvement, which is expressed in a higher assurance that all citizens

are granted access to healthcare services, and therefore a higher equity in the SNS. However, this analysis demands a careful thought which necessarily involves other sort of complementary evaluations. This study should be seen as a first step to this careful thought, which enables to understand that within this domain, there is still a long way to go until the pretended goals are achieved.

I. INTRODUÇÃO

Actualmente, a questão da equidade constitui um tema pertinente e controverso no que refere à distribuição de recursos na saúde, assim como, ao direito de protecção na saúde. No âmbito deste trabalho, pretende-se conciliar os princípios da equidade na sua vertente prática com a política económica da saúde, conferindo um “carácter operacional aos critérios de justiça fundamentais para uma política da saúde atenta às necessidades básicas da sociedade” [20]. Numa perspectiva de universalidade no acesso, e qualidade de cuidados prestados, é praticamente inevitável não entrar no campo do financiamento equitativo do Sistema Nacional de Saúde (SNS), o qual se baseia num esforço intersectorial transparente e eficaz de modo a que os recursos assegurem a eficiência e equidade distributiva. Numa perspectiva de oferta ou de procura, a igualdade de oportunidades deveria ser parte integrante dos objectivos do SNS. Em Portugal a Saúde é um direito constitucional. Até 2004 o Sistema de Saúde Português deparava-se com um problema baseado na incapacidade de resposta, nomeadamente no que refere às Listas de Inscritos para Cirurgia (LIC), que se revelavam com números intermináveis. Foi fundamental a criação de um sistema que viesse regular toda a actividade cirúrgica programada, centrado nos princípios da transparência dos processos de gestão, na equidade no acesso ao tratamento cirúrgico, responsabilizando e integrando utentes e respectivas instituições, em uniformidade. Deste modo foi implementado o SIGIC.

Este trabalho pretende discutir a equidade no acesso a cuidados de saúde, nomeadamente cuidados especializados hospitalares, explorando em termos teórico-práticos de que modo o aparecimento do SIGIC contribuiu para promover a equidade no acesso aos tratamentos cirúrgicos, e de que modo promoveu a diminuição da LIC. Para este efeito, foi estabelecida uma comparação inter-hospitalar e intra-hospitalar das LIC

de dois hospitais centrais do Norte do País. Também, e a título complementar, foram analisados dados de um hospital da zona Centro, onde o SIGIC foi implementado mais tardiamente.

II. EQUIDADE

a) Definição

A equidade deve ser um “princípio básico em qualquer Sistema de Saúde” (Cullyer, 1976). Como referido na Constituição Portuguesa é um princípio em vigor, sendo uma necessidade considerar este conceito na distribuição de recursos. – (Giraldes, 2001). Contudo este conceito “dá origem a múltiplas interpretações, que dependem dos valores das pessoas que o utilizam.” (Le Grand, 1988).

Os princípios éticos de equidade e solidariedade encontram-se inerentes ao conceito de “justiça distributiva”, que pretende assegurar o direito de acesso de todos os cidadãos aos cuidados de saúde. Estes cidadãos, devem dispor de um componente psicológico e físico, que lhes permita, segundo Maslow (1943), ter um “funcionamento normal”, estando deste modo possibilitado o acesso a um vasto leque de oportunidades sociais. Neste contexto de hierarquização das necessidades individuais, as incapacidades/deficiências primárias ou secundárias de um indivíduo, ao limitarem as suas oportunidades, são consideradas como situações injustas. O direito à protecção da saúde é fundamental no que confere à prática de uma igualdade de oportunidades de carácter efectivo, incluída numa sociedade solidária, transparente, inclusiva e democrática, atribuindo um carácter operacional a critérios de justiça determinantes para uma política atenta às necessidades básicas dos indivíduos. [13, 19]

Robert Nozick (1974), defende que a prática da liberdade individual e o direito à propriedade, constituem princípios indispensáveis a uma sociedade justa, devendo ser implementados mecanismos que permitam aos indivíduos garantir os seus direitos permitindo-os usufruir de “procedimentos justos”. [20]

Em termos nacionais, pretende-se equilibrar a equidade, através de um modelo flexível baseado na lei da procura e da oferta. “A igualdade de oportunidades de acesso para igual necessidade”, está presente quando todos os utentes em todas as regiões de

um país têm acesso aos mesmos cuidados básicos de saúde, com os mesmos custos e com a mesma brevidade no acesso aos mesmos; este conceito relaciona-se sobretudo com a perspectiva da oferta. “A igualdade de utilização para igual necessidade” refere-se aos utentes que têm menos propensão para a utilização dos cuidados de saúde, implicando uma certa discriminação a favor dos mesmos, este conceito é identificável nas classes socioeconómicas mais baixas e insere-se numa perspectiva da procura de cuidados de saúde. [8]

A Equidade é definida pela Sociedade Internacional de Equidade na Saúde, como “a não existência de potenciais diferenças sistemáticas e/ou remediáveis, em um ou em múltiplos aspectos da saúde, socialmente, economicamente, demograficamente ou geograficamente, agrupando assim a população em grupos e subgrupos.” [12]

O termo equidade está relacionado com a justiça e com a igualdade, tendo uma dimensão ética, associada à redistribuição de algo de acordo com as necessidades inerentes. [21]

A política da saúde, tem como objectivo principal a obtenção da igualdade dos cidadãos no acesso aos cuidados de saúde, seja qual for a sua condição económica e onde quer que habitem, bem como garantir a equidade na distribuição de recursos e na utilização de serviços¹.

“A matriz fundamental de um Sistema de Saúde, orienta-se no sentido de alcançar finalidades e valores claramente definidos pela sociedade e que serão o ponto de partida para desafios estratégicos de médio e longo prazo.” [27] Para Pinto (1994) um bom sistema de saúde pressupõe uma boa qualidade, um grau de satisfação razoável por parte dos utentes, com custos controlados e um sistema de financiamento repartido. Apesar destes factores poderem ser combinados de forma diversa, pode-se observar a nítida presença de distorções nos diferentes sistemas de saúde mundiais. [27] A equidade está inclusive patente no que refere ao financiamento dos sistemas de saúde, constituindo um dos seus principais objectivos. [3]

“ Em Portugal encontra-se subjacente nos diplomas fundamentais de política de saúde um principio de *igualdade* de acesso aos cuidados de saúde” (Pereira e Al, 1985). [7] Na sociedade democrática e livre em que vivemos, com padrões de solidariedade social em constante evolução, o direito humano à protecção e à promoção da saúde é fundamental para promover igualdade de oportunidades. Em concordância, no Artigo

¹ Lei de Bases da Saúde n.º 48/90, de 24 de Agosto, com alterações introduzidas pela Lei n.º 27/2002, de 8 de Novembro.

64º da Constituição da República Portuguesa, declara no ponto 1º que “Todos os cidadãos tem o direito à protecção da saúde e o dever de a defender e promover”. [26] Este artigo, incute ao estado o dever de garantir a todos os cidadãos, independentemente do seu estatuto socioeconómico, o acesso a cuidados curativos e preventivos; no mesmo sentido tem o dever de garantir uma “cobertura racional e eficiente de recursos humanos e materiais em todo o território nacional e financiando os custos dos cuidados de saúde prestados, através de fundos públicos”. [19] Compromete-se igualmente a supervisionar e regulamentar os cuidados prestados através de financiamento privado, e a coordenar estes cuidados com os do SNS, com o objectivo, de assegurar critérios de qualidade e eficiência, quer no sector público quer no sector privado. [20]

O apreço pelo valor da equidade, é favorecido pela gratuitidade tendencial do SNS, em que todos os portugueses têm acesso aos serviços públicos de Saúde. Contudo, a gestão desses serviços encontra-se, por vezes, à margem da eficiência. [19] Foi efectuada uma avaliação em que os termos da resposta dos serviços de saúde se relacionam directamente com o grau de desenvolvimento do mesmo. Portugal encontrava-se na 38ª posição no estudo, em comparação com 191 países europeus, posicionando-se entre os piores relativamente aos países desenvolvidos (OMS, 2000). Em termos de justiça da contribuição financeira, Portugal em comparação com estes 191 países, encontra-se em 60º, substancialmente abaixo do nível de desenvolvimento do país. Assim, desde então, foi adoptado um pensamento estratégico na saúde, criando a necessidade de compromissos públicos na operacionalização de orientações gerais, que permitam *à posteriori* corrigir as possíveis disfunções do SNS.

Segundo Rui Nunes (2009), entra-se assim numa nova dimensão, quando se pretende criar um sistema mais justo, tenta-se conciliar determinados factores, de base divergentes, como: a qualidade dos cuidados de saúde prestados, o aumento da produtividade e a optimização da utilização dos recursos disponíveis, fundando uma nova “cultura na saúde”. O cidadão tem acesso a serviços de saúde “gratuitos” no momento da sua utilização contudo, na realidade, é detentor de um papel indirecto, em termos individuais, no financiamento da saúde ao ser cumpridor com o seu dever de cidadão através dos seus impostos. Esta adequada gestão de recursos, em termos humanos e financeiros, é determinante para a estabilidade social, apesar da actual baixa de sustentabilidade financeira e económica do SNS. O cidadão tem cada vez mais um papel activo, exigindo a maior eficiência possível do sistema. [19]

b) Equidade no Acesso

“Equidade na Saúde” e “Equidade no Acesso aos Serviços de Saúde” constituem dois conceitos distintos, com determinantes diferentes. Os determinantes sociais estão relacionados com a doença e processos envolventes, e ainda com diversos factores como os estilos de vida, genética, cuidados habituais, factores ambientais, classe socioeconómica entre outros. [18]

A equidade na utilização dos serviços de saúde não resulta necessariamente da equidade na saúde, até porque o impacto do SNS no processo da doença e morte da população é restrito, quando comparado com outros determinantes sociais. Mesmo assim, certos “avanços na equidade no acesso a bens e serviços, a exemplo dos oferecidos pelo SNS, podem apontar tendências, ou rumos mais prováveis em relação à satisfação das necessidades do conjunto da sociedade, – aferindo avanços para uma sociedade mais justa”. [5]

Óscar Lourenço, de acordo com os resultados produzidos no estudo em que participou, esclarece que persistem factores inibidores da utilização dos cuidados de saúde, que não estão directamente relacionados com a necessidade dos cuidados prestados, contrariando os objectivos da política portuguesa de equidade na saúde. Constatou que o impacto do rendimento e das variáveis demográficas sobre a utilização dos cuidados de saúde é, no geral, significativo no caso dos utilizadores ocasionais do SNS. O que não se verifica no caso dos utilizadores recorrentes. Ou seja, o impacto não é significativo, não se podendo rejeitar a hipótese da existência de equidade no acesso aos cuidados de saúde para os últimos. Numa perspectiva de política na saúde, os resultados sugerem que a classe dos utilizadores ocasionais, constitui um alvo de intervenção. [11]

A Literatura existente sobre “gestão na saúde”, necessitou de criar uma medida rigorosa de modo a definir a equidade entre duas dimensões, estabelecendo assim um pré-requisito que pretende clarificar as políticas debatidas, muitas vezes controversas sobre em que medida as reformas, destinadas a aumentar a eficiência dos sistemas de cuidados de saúde, não irão, simultaneamente, aumentar as desigualdades no acesso aos cuidados de saúde. [4,28] Desta forma, podemos considerar dois conceitos: a “equidade vertical”: tratamento preferencial para cuidados de saúde diferenciados, e a “equidade horizontal”: tratamento igual para necessidades equivalentes. [17,12] Esta última é a mais evidenciada na literatura, sendo deveras pertinente, uma vez que todos os utentes

em todo o país deverão aceder de igual modo, igual custo e igual tempo de espera aos mesmos cuidados de saúde, os quais podemos enquadrar numa perspectiva da oferta, das consultas médicas, assim como das cirurgias. Considera-se injusto que doentes com as mesmas necessidades e patologias sejam tratados de modo diferente. Segundo Alan Williams (1994) estes dois conceitos surgem na sequência da aplicação do princípio da justiça. Sintetizando, a equidade horizontal pressupõe a “prestação de tratamento igual para indivíduos iguais” e a equidade vertical refere um “tratamento desigual para desiguais”. [33]

Alguns autores consideram que a sociedade tende a sobrevalorizar a equidade na saúde que, na sua magnitude, está dependente da população em questão e das características do grupo que sofre com as desigualdades ou injustiças, considerando que só é possível alcançar a justiça através de julgamentos de valor. Em certos artigos a equidade na saúde esta focalizada no acesso, utilização e financiamento dos serviços de saúde, confundindo estes conceitos com o da equidade. Porém, a extensão das desigualdades no acesso aos cuidados de saúde obedece a determinadas medidas, como ao tipo de cuidados médicos a que se refere, e à adaptação às diferentes necessidades de saúde. [12]

As leis económicas poderão estar na base da translação entre os conceitos de equidade e igualdade assim como o de desigualdade e iniquidade [20] Uma desigualdade, pode torna-se uma iniquidade se não existir um motivo pertinente que explique a discriminação negativa de um indivíduo em detrimento de um outro. O inverso é igualmente verificado, tornando-se numa desigualdade, se for ao encontro das restrições impostas pelo sistema ao aplicar determinados condicionalismos económicos, de acordo com os conceitos previamente referidos de equidades vertical e horizontal. Esta situação só se poderá eventualmente verificar, se não houver confronto entre a situação da desigualdade e os direitos constitucionais dos cidadãos, e, também, se o procedimento que provocou a decisão for democraticamente determinado através da assunção pública da responsabilidade. Ou seja, as restrições de natureza económico-financeira convertem uma decisão de afectação de recursos de iníqua ou injusta em aceitável ou justa, desde que não ocorra discriminação negativa de nenhum indivíduo. Aparece assim, o grande dilema dos sistemas de saúde, que consiste na articulação de uma forma equitativa e justa, o direito de acesso a cuidados de saúde necessários e de qualidade, apelando aos recursos disponíveis na sociedade em questão. [20]

Todas as sociedades têm de realizar escolhas e afectar recursos para produzir determinados serviços de saúde. Contudo, a actual escassez de recursos determina a incapacidade de se alcançar tudo o que seria desejável. Num contexto ideal, a política de saúde deveria promover simultaneamente a equidade e a eficiência.[20,9] Porém, muitas das políticas actuais envolvem uma escolha entre eficiência e equidade. Nunes e Rego referem esta problemática, reforçando que, ainda que não desejável, por vezes, promover uma destas dimensões pode implicar sacrificar a outra. Para tal, através de uma ferramenta designada “relógio estratégico”, os autores evidenciam esta problemática numa perspectiva visual – FIGURA 1. [20] [25] No contexto da saúde parece estar em causa o modo como as escolhas da sociedade podem afectar a eficiência e a equidade.

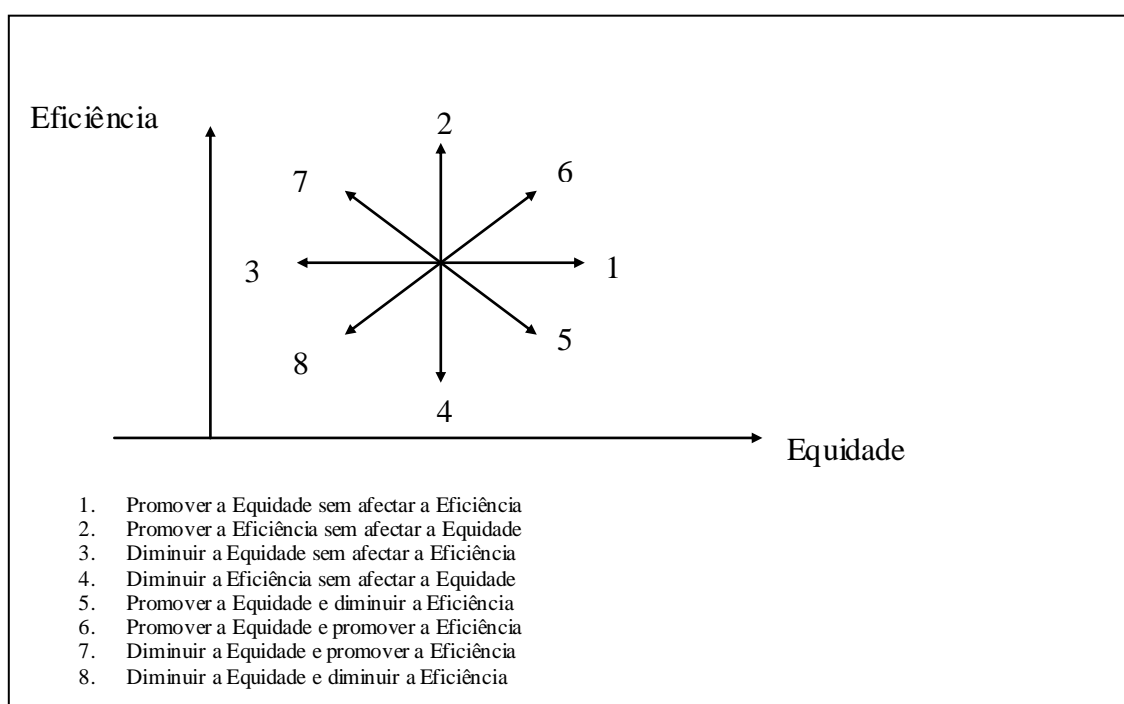


FIGURA 1: RELÓGIO ESTRATÉGICO DA POLÍTICA DE SAÚDE [20]

A implementação de um sistema de saúde impõe que a afectação de recursos seja realizada segundo critérios consensuais. Deste modo é fundamental reconhecer que neste contexto estabelecer prioridades e realizar opções são tarefas primordiais, bem como a regulamentação da utilização dos recursos de um modo justo e eficiente. Porém, as peculiaridades do bem a atingir – a saúde da pessoa doente – exige uma reflexão à luz dos seus direitos fundamentais no âmbito da problemática da afectação de recursos.

A equidade enquanto princípio estruturante da afectação de recursos para a saúde, promove a igualdade de acesso de todos os cidadãos².

Porém, a garantia de igualdade de acesso de todos os indivíduos aos cuidados de saúde passa, necessariamente, por uma definição de prioridades, sendo estas legítimas do ponto de vista ético³. De facto, dada a escassez de recursos para a saúde, a garantia de igualdade de acesso aos meios disponíveis impõe um racionamento segundo critérios de justiça e transparência⁴. [25]

A maior parte da literatura publicada sobre a equidade na saúde foca a equidade no acesso, relacionando a mesma com a utilização e financiamento dos diversos serviços de saúde. [12] A extensão das desigualdades no acesso e na utilização dos serviços de saúde é, aparentemente, sensível a questões como se o acesso está ou não ajustado para as diferentes necessidades de saúde e qual o tipo de cuidados médicos a ser estudado (cuidados de saúde primários, cuidados de saúde da especialidade e cuidados de saúde hospitalares).

A equidade no acesso à saúde está relacionada com a criação de oportunidades iguais no que refere à saúde dos utentes, diminuindo ao máximo qualquer diferencial. É pertinente considerar determinados princípios que visam diminuir as desigualdades na saúde, como por exemplo, em termos sociais, o que refere a adaptação a estilos de vida mais saudáveis, com melhores condições de habitabilidade e emprego; a descentralização do poder de decisão, encorajando a participação activa dos utentes nas políticas de saúde que os incluem; a concepção do impacto das várias iniciativas gerais ou pontuais nos vários sectores da saúde; a manutenção de temas chave, como é o caso nomeadamente da equidade, nas agendas de gestão política da saúde; assegurar que os serviços de saúde são acessíveis a todos os utentes e que os mesmos são de máxima

² Enquanto opção política e ideológica o conceito de equidade pode ter várias implicações económicas e sociais: equidade na afectação de recursos, equidade na prestação de cuidados de saúde, e ainda equidade no pagamento desses cuidados de saúde. Ver Emanuel, E. (2000): “Justice and managed care: Four principles for the just allocation of health care resources”, *Hastings Center Report* May/June, pp. 8-16.

³ Chang, W-C (2002): “The meaning and goals of equity in health”, *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 56, pp. 488-491.

⁴ Ainda que, como refere, aliás, Daniel Serrão, “o racionamento dos cuidados de saúde, num sistema geral e universal pago pela solidariedade fiscal e gratuito no momento do uso ... não pode ser pelo preço”. Dada a natureza singular do bem saúde, e ainda segundo este autor, “tal racionamento criaria desigualdades de acesso, social e eticamente inaceitáveis numa sociedade democrática e justa.” Serrão, D. (1999): “A ética médica e os custos dos cuidados de saúde”, *In* “Ética em cuidados de saúde”, Daniel Serrão e Rui Nunes (editores), Porto Editora, Porto.

qualidade; basear o princípio da equidade em estudos mais exaustivos, na monitorização e avaliação do sistema. [12]

Segundo Ken Cunningham, o sistema de saúde público não tem possibilidade de providenciar cuidados de saúde de acordo com as necessidades individuais, provocando uma obstrução no que se refere a alguns pontos críticos. Assim, qualquer alteração pontual, à partida não terá repercussões no funcionamento global o que leva a constatar que apenas as medidas de carácter sistémico poderão permitir resolver determinadas problemáticas, como por exemplo a dos tempos de espera.

Os diferentes princípios éticos podem necessitar de ser revistos com eficácia e eficiência no que refere à prioridade aos cuidados de saúde.

c) Cuidados Hospitalares – as “Listas de espera”

No que se refere ao acesso a cuidados de saúde, as listas de espera são uma realidade, na vasta maioria dos sistemas de saúde, a preocupação da sociedade actual direcciona-se para as listas de espera no acesso a cuidados de saúde especializados hospitalares. As listas de espera eram apontadas como um atentado à equidade no acesso ao tratamento cirúrgico, não pela lista em si, mas sobretudo pelo “tempo de espera” que a mesma implica, colocando em causa todos os conceitos referidos sobre a igualdade de oportunidades. [20] Nas sociedades actuais, em que o acesso à saúde pública é um direito constitucional, em que o pagamento não incide na sua totalidade sobre o utente, as listas de espera vão ter, como objectivo de gestão, o planeamento dos processos de produção hospitalar e a própria priorização na saúde. [31] Assim, constituindo estas mesmas listas um instrumento legítimo na gestão da saúde, que rationa um bem em falta para a população geral, é criada uma percepção generalizada de que se trata de uma falta de organização do sistema, devendo o mesmo ter percepção deste paradoxo. As listas de espera vão permitir nivelar todos os cidadãos do sistema e, uma vez que são parte integrante do SNS público, é importante referir que a dificuldade em controlar a procura (devido à inexistência do factor regulador económico) vai-se manifestar através de uma restrição, que ocorrerá ao nível da oferta. No âmbito da prestação de cuidados de saúde, é ainda uma realidade nacional o facto da procura ser claramente superior à oferta. [20]

A nível hospitalar tornou-se uma necessidade em Portugal a criação de um sistema informático que permitisse integrar a informação sobre a situação das listas de

espera, uma vez que não havia noção dos tempos medianos de espera antes da sua criação.

Quando se cria um sistema deste género, deve-se ter em conta que a resposta inicial provável é o aumento, aparente, do numero de doentes, doentes esses cuja permanência nas listas de espera era, na sua maioria, desconhecida, pois o seu registo não era efectuado de uma forma exaustiva.

d) Problemática das LIC

Entre as várias listas de espera com que o SNS se depara, encontra-se a LIC. É neste contexto que surge o SIGIC, que permitiu criar "mecanismos que obrigam os hospitais a registarem" os doentes com indicação para cirurgia, a anteriormente referida informatização do sistema.

A procura de consultas de especialidade aumenta, proveniente dos cuidados de saúde primários, e por conseguinte verifica-se um aumento do número de primeiras consultas nos hospitais. Se esta correspondência não for efectuada, observa-se um aumento das listas de espera para consultas de especialidade. No pressuposto que se espera uma redução/aumento do número de primeiras consultas no hospital traduzido pela redução/aumento das entradas na LIC (em termos de probabilidades).

Anteriormente à regulamentação das LIC, a política de saúde nacional deparava-se com um número considerável de doentes que permanecia em lista de espera para cirurgia por períodos de tempo inaceitáveis. Não havia quaisquer garantias da igualdade no acesso dos utentes às cirurgias. A uniformidade e a transparência dos processos de selecção e agendamento cirúrgicos eram duvidosos. Não havia responsabilização das instituições pelo facto dos utentes estarem a aguardar tempo excessivo. Os utentes não eram providos de direitos e deveres.

A LIC consiste no conjunto das inscrições dos utentes que estão a aguardar a realização de uma intervenção cirúrgica, independentemente se estes têm necessidade de ficar internados, do tipo de anestesia a ser utilizada no procedimento que será efectuado num hospital do SNS ou numa instituição protocolada do sector privado ou social. Quando inscritos na LIC os utentes já assinaram o seu consentimento expresso.

O SIGIC veio assim regular toda a actividade cirúrgica programada e abarcar todas as etapas do processo de gestão do utente centrando-se nos princípios da

transparência dos mesmos e na equidade no acesso ao tratamento cirúrgico, assim como responsabilização quer por parte dos utentes quer das instituições envolvidas. [15]

O Tribunal de Contas divulgou a 30 de Julho de 2009, que considera que os princípios da equidade no que refere as LIC não esta a ser cumprido, uma vez que há utentes referenciados para unidades do sector social e privado que não fazem parte das LIC, sem as mesmas garantias e direitos.

e) Analogia com outros Países Europeus

A realização de comparações a nível internacional foi de extrema importância para determinar e tentar resolver o caso português das listas de espera, contudo é extremamente difícil, uma vez que há pouca informação disponível e os conceitos utilizados pelos diferentes sistemas não são de todo homogéneos. [2] Nos países do Norte da Europa, o combate às listas de espera é considerado como um objectivo prioritário da política da saúde. O Tribunal de Contas efectuou uma comparação entre Portugal, Espanha e Inglaterra que foi apresentada no Relatório nº 25/07 -2ª.S, Processo nº 50/05 –AUDIT.

TABELA I – CARACTERIZAÇÃO GERAL DA LISTA DE ESPERA

Indicadores	Espanha (2006)	Inglaterra (2005)	Portugal (2006)
Utentes em lista de espera por 1000 habitantes	2,25 ⁵	15,47	20,65
Tempo médio de espera em dias para intervenção	6,15	---	310,40
% Utentes com espera entre 0 e 30 dias	78,45%	33,00%	28,33%
% Utentes com espera entre 31 e 90 dias	21,07%	42,16%	28,33%
% Utentes com espera entre 91 dias e menos de 6 meses	0,08%	24,73%	17,28%
% Utentes com espera superior a 6 meses	0,40%	0,11%	54,40%

Esta comparação internacional, mostra que Portugal tem uma percentagem de utentes em lista de espera significativamente superior ao da Espanha (Comunidade de Madrid), mesmo que a superioridade não seja tão evidente quando comparada com a Inglaterra. Outra discrepância significativa é observada no tempo médio de espera para a intervenção. Quanto à comparação com Inglaterra e mesmo com Espanha, a diferença

⁵ Informação da Comunidade de Madrid; valor em 09/2006; não inclui os que recusam ir a outro hospital, para os quais o tempo médio é 53 dias. Valor para Portugal referente a 31/12/2006. Fonte: Relatório do Consultor Externo do Tribunal de Contas.

foca-se na proporção de utentes que tem tempo de espera superior a 6 meses, muito superior em Portugal. [29,32]

Conclui-se que o tempo de espera em Portugal é significativamente elevado. É assim imperativo a existência de um processo de planeamento e previsão da capacidade do sistema adequado, baseado em sistemas de informação e eficiência, envolvendo os profissionais de saúde e os utentes na redução dos tempos de espera.

É curioso referir que contrariamente aos sistemas Europeus, nos Estados Unidos os modelos de gestão da saúde são desenvolvidos através de assembleias clínicas e hospitalares em parceria com empresas farmacêuticas, centrando-se numa medicina baseada da evidência, e ficando à margem de questões éticas como é o caso da equidade. Neste sistema a gestão dos custos constitui um elemento crucial. [1]

III INSERÇÃO DO SIGIC NO SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE PORTUGUÊS

a) *O Sistema Nacional de Saúde (SNS)*

O SNS Português caracteriza-se pela sobreposição de subsistemas de saúde que estão segmentados em, pelo menos três níveis diferentes: os subsistemas de saúde com base profissional⁶, os seguros privados com base colectiva ou individual⁷, a clínica privada, baseada em modelos liberais, em concordância com as regras e normas estabelecidas pela Ordem dos Médicos. O Ministério da Saúde coordena estes subsistemas, organizando o sistema de acesso e prestação de cuidados de saúde, assim como o financiamento do mesmo. A Ordem dos Médicos, emite tabelas periódicas que visam padronizar relativamente os actos médicos e cirúrgicos quer em termos de honorários quer em termos de conduta profissional que são utilizadas igualmente pelos sistemas de saúde privados. É imperativa uma coordenação entre os diversos sistemas de saúde dentro do mesmo país assim como a sua eficácia numa perspectiva de distribuição de recursos na saúde. [20]

Desde a sua criação em 1979 que o SNS Português tem por objectivo a existência de um serviço universal e gratuito, colocando o doente, como cidadão com

⁶ SAMS, ADSE, Sã Vida, Ministério da Justiça, entre outros.

⁷ Tranquilidade, Médis, Multicare, Advancecare, entre outros

plenos direitos no topo da pirâmide. [20,27] Não invalida que a interação, os diferentes padrões de organização interna, assim como a coordenação inter-hospitalar, nem sempre ocorram da melhor forma, constituindo um constrangimento a ultrapassar e não entrando assim no padrão de maior benefício do doente.

Devem-se combinar vários modelos na promoção da saúde, modelos focados na oportunidade (tempo de espera), modelos que privilegiem os vectores chave da produtividade e o desempenho promovendo o ganho na saúde através de custos adequados (eficácia e eficiência), e modelos direccionados à qualidade na assistência e no valor atribuído ao utente. [19,24]

Nesta vertente, entra em causa um conceito pluri-disciplinar na dimensão económica de regulação na saúde, que deve ser percebida, como uma ferramenta de incentivo à melhoria do desempenho dos operadores envolvidos, no sentido de, na medida do possível, atingir os objectivos a que se propõe, objectivos estes, que, para David Chinitz consistem na correcção de falhas de mercado no sector da saúde por parte do Estado. [25]

De acordo com Saltman e Feroussier-Davis está em causa uma reformulação do conceito de regulação de um modelo económico puro, para um modelo com noções éticas essenciais, baseado na equidade eficiência e universalidade no acesso ao sistema de saúde, colocando novas exigências à liderança pública dos sistemas. [25]

A Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) tem promovido sistemas de combate às lacunas existentes no SNS em termos de prestação de serviços em tempo aceitável em melhor benefício do utente. Deste modo, e visto o descontentamento que se notava em Portugal na última década face às listas de espera de tempo indeterminado para realização de cirurgias, foram realizados esforços, e tomaram-se iniciativas governamentais, com o intuito de encontrar uma solução para diminuir as listas de utentes que se encontravam em espera para cirurgia há mais de 1 ano. A existência de um número significativo de utentes a aguardar tratamento cirúrgico excedia o tempo clinicamente aceitável, provocando a nível individual um aumento do sofrimento, levando a terapêuticas mais agressivas e complexas e diminuindo o sucesso do tratamento, e a nível da sociedade resulta num uso excessivo de recursos, entre outros. [4] Neste sentido foi criado o Programa para a Promoção do Acesso em 1999 que progrediu para o Programa Especial de Combate às Listas de Espera Cirúrgicas (PELEC) aprovado em Conselho de Ministros nº 100/2002, de 26 Abril,

Estes programas tiveram um impacto significativo, contudo devido ao seu carácter temporário foi necessário criar a 27 de Abril de 2004 através da Resolução do Conselho de Ministros nº79/2004, publicada a 24 de Junho o Sistema Integrado de Gestão dos Inscritos para Cirurgia (SIGIC), um sistema que pretende ser universal, abrangendo grande parte da actividade cirúrgica desenvolvida nos hospitais do SNS e caminhando progressivamente para a resolução de um dos grandes problemas que assombrava a população portuguesa. [23]

Para criar este Sistema foi elaborado um estudo com base nas experiências Internacionais de países como a Espanha, Reino Unido, Dinamarca, Nova Zelândia, Austrália e Canadá. Observou-se que metade dos países da OCDE focava a sua preocupação no “tempo de espera para a cirurgia programada. Centralizando-se na Oferta, aumentando os recursos disponíveis (especialistas, camas, salas de bloco) tanto no sector público como recorrendo ao sector privado, fomenta a produtividade dos recursos instalados; por outro lado na Procura, cria-se prioridades de acordo com a patologia, gerindo a lista de inscritos para cirurgia, incentivando o recurso a seguros privados. [15]

Neste contexto foram definidos alguns grupos de soluções, entre os quais:

- ✓ Centralização de Gestão da LIC – otimizar os recursos disponíveis;
- ✓ Uniformizar o processo de gestão da LIC – garante transparência e equidade;
- ✓ Divulgar informação sobre a LIC – para os utentes, hospitais e sociedade, base na verdade e transparência;
- ✓ Definir objectivos institucionais – tempo máximo de espera global ou por patologia;
- ✓ Fomentar métodos alternativos nas terapêuticas cirúrgicas de ambulatório;
- ✓ Criar incentivos ou pagamentos para os profissionais indexados à produção;
- ✓ Oferta de alternativas de tratamento ao utente – iniciativa privada e social, com vista de garantir os objectivos estabelecidos.

Com o objectivo de colocar em funcionamento este novo sistema, determinou-se uma região piloto: Algarve e Alentejo, tendo sido efectuado o levantamento das LIC assim como em outros hospitais do país criando um modelo que foi suportado, apresentado e defendido até entrar em vigor pelo nome de SIGIC. [15]

b) Objectivos do SIGIC

“O SIGIC tem como objectivo minimizar o período que decorre entre o momento que o doente é encaminhado para uma cirurgia e a realização da mesma, garantindo, de uma forma progressiva, que o tratamento cirúrgico decorra dentro do tempo clinicamente admissível.” Apoiam o seu funcionamento em unidades a nível central, regional e local, e tem como suporte informático o Sistema Informático de Apoio à Gestão da lista de Inscritos (SIGLIC) que desempenha um papel fundamental, “garantindo uma maior coordenação do processo, automatizando várias etapas e garantindo a conformidade das mesmas”. [15]

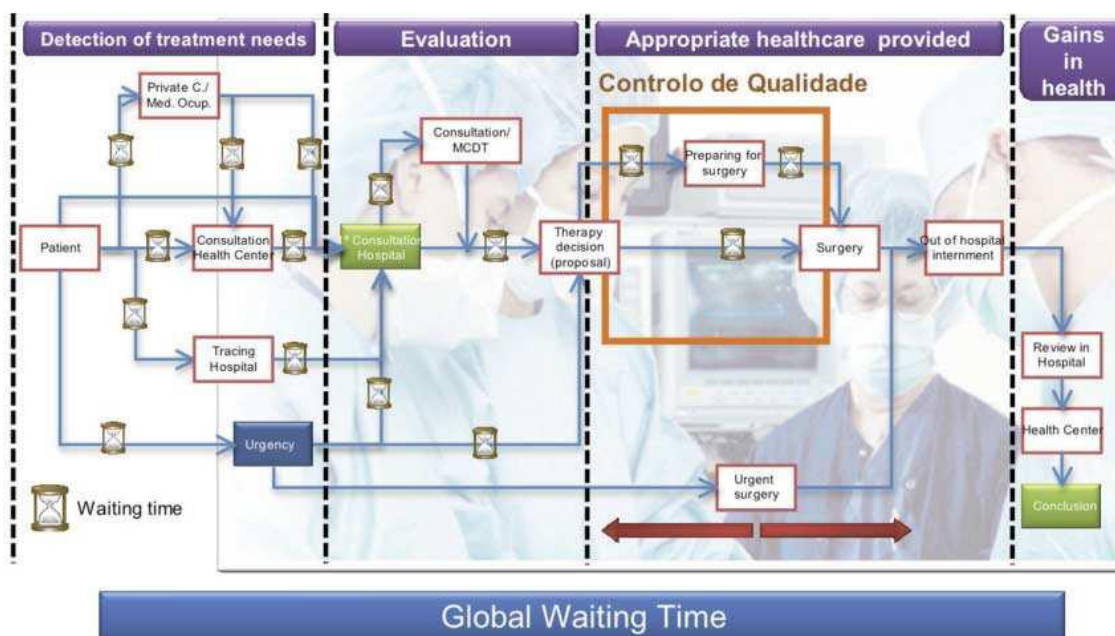


FIGURA 2: ADAPTADO DE: FIGURE 1. SIGIC ACCESS GOVERNANCE MODEL - THE ROLE OF A NATION-WIDE INFORMATION SYSTEM IN IMPROVING THE ACCESS TO SURGERY IN PORTUGAL, 2009. [10]

O SIGIC baseia-se em cinco princípios *major*:

- ✓ Garantia de tratamento dentro de um período de tempo admissível, definido de acordo com regras claras;
- ✓ Maior compromisso hospitalar na emissão de um certificado de inscrição na Lista de Inscritos para Cirurgia (LIC), dispondo de um período correspondente a 75% do tempo máximo de espera para resolver a situação clínica do utente;
- ✓ Maior envolvimento do utente no reconhecimento dos seus direitos e deveres, formalizado com a sua assinatura de consentimento para a inscrição na LIC;

- ✓ Maior uniformidade no processo, garantindo através da publicação de um regulamento processual, a uniformização do tratamento dos utentes com necessidade terapêutica cirúrgica;
- ✓ Maior controlo e transparência através da constituição e estruturas reguladoras a três níveis: Hospitalar, Regional e Nacional.

Uma vez implementado o SIGIC, foi necessário criar uma aplicação informática que suporte todo este sistema, permitindo por um lado consolidar a informação hospitalar, acompanhar as diferentes etapas do processo e informar as entidades intervenientes sobre as acções realizadas. O SIGLIC acaba por se tornar uma ferramenta integradora da LIC de todos os hospitais do SNS permitindo o sincronismo da informação e a interacção das entidades envolvidas. [10,15]

c) Legislação

É relevante para o presente estudo considerar, no que refere à Legislação, a Resolução do Conselho de Ministros n.º 79/2004, de 24 de Junho, que aprovou a Criação do SIGIC, os Despachos n.º 24 036/2004 (2ª série) que se referem ao Financiamento da produção adicional do SIGIC, e o despacho n.º 24 110/2004 (2ª série) onde se encontra clausulado o tipo de convenção entre as ARS e entidades sociais privadas. Foi emitido no Diário da República, pela Portaria n.º 45/2008, de 15 de Janeiro o “Regulamento do SIGIC”, e aprovado pela Portaria n.º 426/2005, de 15 de Abril a “Regulamentação dos encargos com a transferência e respectiva devolução do utente e processo clínico”. A 11 de Novembro, foi publicado pela Portaria n.º 1306/2008 a introdução de Adaptações no Regulamento do SIGIC, de modo a desenvolver o programa de intervenção em oftalmologia no âmbito da actividade das cataratas e da primeira consulta de oftalmologia. Na Portaria n.º 852/2009, de 7 de Agosto foi publicada a Aprovação do Regulamento das Tabelas de Preços a praticar para a produção adicional realizada no âmbito do SIGIC pelas unidades prestadoras de cuidados de saúde públicas e entidades privadas e sociais convencionadas. [24]

A 6 de Outubro de 2009, foi emitida a Declaração de Rectificação n.º 72/2009, com a Rectificação da Portaria n.º 852/2009, de 7 de Agosto, do Ministério da Saúde, que aprova o “Regulamento das Tabelas de Preços a praticar para a produção adicional realizada no âmbito do Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia (SIGIC) pelas unidades prestadoras de cuidados de saúde públicas e entidades privadas e sociais

convencionadas, publicada no Diário da República, 1.ª série, n.º 152, de 7 de Agosto de 2009; SIGIC — ERS” [6].

Neste trabalho é importante salientar alguns pontos-chave no que diz respeito à implementação do SIGIC. Assim, o artigo 199º da Constituição, comunica que o Conselho de Ministros decidiu criar o Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia, que foi designado por SIGIC. Este sistema foi, até 31 de Dezembro de 2004, da responsabilidade da Unidade Central de Gestão da Lista de Inscritos, constituída no âmbito do Gabinete do Ministro da Saúde. “O SIGIC iniciou a sua vigência, em regime experimental, até 30 de Junho de 2004, no âmbito das Administrações Regionais de Saúde do Alentejo e do Algarve. A aplicação do SIGIC às Administrações Regionais de Saúde do Centro, do Norte e de Lisboa e Vale do Tejo foi feita até 31 de Dezembro de 2004. Até às datas referidas, as Administrações Regionais de Saúde mantiveram a execução do Programa constante da Resolução do Conselho de Ministros n.º 100/2002, de 26 de Abril, publicada no *Diário da República*, 1.a série, de 25 de Maio de 2002, e respectiva tabela, aprovada pela Portaria n.º 1234/2003, de 22 de Outubro, nos termos dos procedimentos anteriormente aprovados, bem como os que hajam resultado, em função do valor da despesa subjacente, de harmonia com o disposto no Decreto-Lei n.º 197/99, de 8 de Junho. O regulamento que define a organização, gestão e fiscalização do SIGIC é objecto de portaria do Ministro da Saúde. Foi revogada a Resolução do Conselho de Ministros n.º 100/2002, de 26 de Abril, publicada no *Diário da República*, 1.a série, de 25 de Maio de 2002.” [23]

Como Princípios do funcionamento do SIGIC é de evocar que este obedece aos princípios gerais que constam da base I da Lei de Bases da Saúde, aprovada pela Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto, na redacção que lhe foi dada pela Lei n.º 27/2002, de 8 de Novembro. [23]

Em termos de Orgânica de funcionamento e execução, “o SIGIC apoia-se numa estrutura a nível central e regional, constituída por uma unidade central e por unidades regionais a funcionar junto das administrações regionais de saúde e unidades responsáveis pela gestão da lista de inscritos, junto de cada hospital”. A composição e definição das responsabilidades de cada uma das unidades referidas, bem como os critérios para a inscrição em lista, procedimentos a cumprir ao longo do processo e circuitos de comunicação entre os diversos intervenientes, estão fixadas no regulamento.

“As cirurgias dos doentes inscritos em lista são prioritariamente resolvidas em unidades de saúde públicas, bem como em unidades de saúde privadas ou do sector social, designadamente misericórdias e outras instituições particulares de solidariedade social e entidades de natureza mutualista, mediante, respectivamente, contratos, programas, convenções, contratos e protocolos a celebrar na área de cada administração regional de saúde (ARS), nos termos da lei. Decorrido 75% do tempo de espera admissível predefinido sem que tenha sido marcada a cirurgia pelo hospital onde o processo do utente se encontrar activo, a unidade central emite um vale-cirurgia a favor do utente, que o habilita a marcar a cirurgia directamente numa das entidades sociais e privadas prestadoras de cuidados de saúde, convencionadas para o efeito”. [...] [23]

No que refere as obrigações das entidades convencionadas, estas devem: a) cumprir o Regulamento do SIGIC e o Manual de Gestão de Inscritos para Cirurgia, assumindo, com as necessárias adaptações, todas as actividades previstas para os hospitais de destino; b) prestar à Unidade Central de Gestão de Inscritos para Cirurgia (UCGIC) e à Unidade Regional de Gestão de Inscritos para Cirurgia (URGIC), em tempo oportuno, as informações que forem solicitadas sobre o estado de cada utente no âmbito do SIGIC; c) facultar informações médicas, designadamente através de entrevistas, para efeitos de esclarecimento de dúvidas, auditoria, fiscalização e controlo de qualidade no respeito pelas regras deontológicas e o segredo profissional a que estão obrigadas; d) prestar aos utentes as melhores condições de atendimento, não estabelecendo qualquer tipo de discriminação; e) cumprir os processos de garantia de qualidade definidos pelas entidades competentes do Ministério da Saúde; f) apresentar o relatório, processado informaticamente, descritivo da situação do doente à data da alta hospitalar com vista a ser presente ao médico assistente, incluindo informação sobre cada um dos seguintes tópicos: protocolo operatório, lista de sequelas e complicações, medicação e outros tratamentos administrados durante o internamento, achados clínicos decorrentes dos exames, das observações e da cirurgia, prescrição para ambulatório e outras recomendações; g) guardar em arquivo os dados referentes ao processo clínico de cada doente, bem como de todos os elementos que possam servir de base de apreciação em eventuais inspecções ou vistorias, com vista à fiscalização do cumprimento contratual, durante um período não inferior a 20 anos; h) informar a ARS e a UCGIC da ocorrência de factos que alterem as declarações anexas ao requerimento de adesão, designadamente no que se refere à identificação dos colaboradores médicos e respectivas áreas de intervenção. [14]

É pertinente enfatizar, em termos legislativos, alguns pontos do Regulamento do SIGIC. No âmbito de aplicação o SIGIC é descrito como “um sistema de regulação da actividade relativa a utentes propostos para cirurgia e a utentes operados, assente em princípios de equidade no acesso ao tratamento cirúrgico, transparência dos processos de gestão e responsabilização dos utentes e dos hospitais do Serviço Nacional de Saúde (SNS) e dos estabelecimentos de saúde que contratam e convencionam com aquele a prestação de cuidados de saúde aos seus beneficiários”. [16] “São elegíveis, para efeitos de inscrição na lista de inscritos para cirurgia (LIC), todos os utentes dos hospitais do SNS e os utentes beneficiários deste Serviço referenciados para os estabelecimentos de saúde do sector privado e do sector social, ao abrigo dos contratos e convenções celebrados. [16]

A informação relativa à actividade cirúrgica programada e à realizada pelos serviços de urgência, é obrigatoriamente registada e transferida para o Sistema Informático de Gestão da Lista de Inscritos para Cirurgia (SIGLIC), centralizado na Administração Central do Sistema de Saúde, I. P. (ACSS). A informação necessária à regulação da LIC, à avaliação da actividade dos serviços cirúrgicos e blocos operatórios, à transferência dos utentes entre hospitais e à sua abordagem nos hospitais de destino, é transferida diariamente dos hospitais para o SIGLIC.

Os estabelecimentos de saúde, que contratam e convencionam com o SNS a prestação de cuidados, ficam igualmente obrigados ao registo e à transferência diária para o SIGLIC dos dados relativos aos beneficiários daquele Serviço, bem como ao cumprimento das regras constantes do presente Regulamento, susceptíveis de lhes serem aplicadas.” [16]

d) Histórico

O SIGIC, criado pelo anterior Ministro da Saúde Luís Filipe Pereira, entrou em funcionamento a título experimental, na região do Algarve e Alentejo, a 1 de Junho de 2004, seguido de Lisboa e Vale do Tejo e região Norte, a 1 de Junho de 2005. No Centro, foi iniciado a 1 de Outubro de 2005. A região Centro foi a última a ser abrangida pelo SIGIC, uma vez que surgiram algumas dificuldades na integração técnica dos sistemas informáticos de alguns hospitais com este sistema de gestão das listas de espera. [32]

O número de portugueses identificados como aguardando por uma cirurgia em 2007 era de 168.471. Segundo Gomes P. estimava-se que, incluindo os doentes dos hospitais que faltavam integrar tecnicamente no SIGIC, como era o caso dos Hospital da Universidade de Coimbra, o número real de utentes em espera em 2007 era de 234.463. [29]

Relativamente ao 1º semestre de 2009, observou-se uma descida do número de utentes em espera para cirurgia: 169.461 (175.761 em Dezembro 08) e da mediana do tempo de espera (TE) na LIC: 3,4 meses (3,7 meses em Dezembro 08), apesar de se ter verificado um aumento do número de entradas na LIC (+7,1%), face ao 1º semestre de 2008. [32]

O Relatório do Tribunal de Contas critica o facto de o SIGIC não disponibilizar indicadores acerca da rentabilidade e capacidade das unidades hospitalares, que permitam uma maior eficiência na gestão da “produção cirúrgica” realizada por especialidade, tanto a nível nacional como regional. [29]

Foi recentemente criado o Programa “e-SIGIC”, tornando possível ao utente aceder à sua posição na Lista de Inscritos para Cirurgia, assim como saber dentro de quanto tempo será realizada a sua cirurgia. Este Programa entrou em vigor a partir de 23 de Dezembro de 2009, facilitando, deste modo, a consulta da sua situação na internet.

IV. ANÁLISE COMPARATIVA DA LIC ANTES E APÓS A INPLEMENTAÇÃO DO SIGIC

a) Métodos

A pesquisa bibliográfica efectuada para a concretização deste trabalho permitiu uma reflexão profunda sobre esta temática, cuja discussão na sua vertente mais teórica se pretendeu realçar nos primeiros pontos desta monografia. Porém, entendeu-se ser pertinente complementar esta primeira reflexão com uma pesquisa de carácter mais objectivo (empírico). Ou seja, procurou-se que com base num conjunto dados obtidos em tempo real tornar possível estabelecer uma comparação entre as LIC antes e após a implementação do SIGIC. Consequentemente, foram escolhidos dois hospitais centrais

da região Norte do país, tendo-se obtido os dados da LIC referentes ao Hospital de São João EPE (HSJ) e ao Centro Hospitalar do Porto EPE (CHP). Isoladamente também foram obtidas as LIC de um Hospital da região Centro, o Hospital Infante D. Pedro EPE, de Aveiro (HIDP), que estende a sua área de influência aos concelhos de Aveiro, Águeda, Albergaria-a-Velha, Ílhavo, Oliveira do Bairro, Murtosa, Vagos, Estarreja e Sever do Vouga. Neste hospital o SIGIC teve uma implementação mais tardia, e não se tratando de um hospital central, permitirá enriquecer a análise. Os dados obtidos foram devidamente solicitados aos Coordenadores do SIGIC, através dos responsáveis pela administração dos respectivos hospitais. As LIC foram posteriormente enviadas via e-mail.

Os dados da LIC pré-SIGIC dos dois hospitais centrais foram obtidos tardiamente devido a dificuldades de acessibilidade. Os dados fornecidos estavam incompletos o que obrigou a uma restrição em termos de valores absolutos por especialidades, apenas permitindo comparar as especialidades que possuíam dados prévios e posteriores ao SIGIC, sendo as restantes excluídas do estudo.

Inicialmente, para o HSJ, foram comparados os dados da LIC relativos ao fim de 2004, ao fim de 2006 e a 31/01/2010 das 12 especialidades que cumpriam os requisitos previamente mencionados (Cirurgia Cardiorácica, Cirurgia Geral, Cirurgia Plástica, Cirurgia Vascular, Estomatologia, Ginecologia, Neurocirurgia, Oftalmologia, Ortopedia, Otorrinolaringologia, Pediatria Cirúrgica e Urologia). No CHP foram comparadas as LIC de 9 especialidades (Cirurgia Ambulatório, Cirurgia Geral, Cirurgia Vascular, Estomatologia, Neurocirurgia, Oftalmologia, Otorrinolaringologia, Ortopedia, Urologia) referentes a 31/05/2004 (lista de espera anterior à resolução do Conselho de Ministros nº79/2004) e a 31/01/2010. Dentro de cada especialidade, não foi feita diferenciação entre a Cirurgia de ambulatório e a Cirurgia de Base, tendo sido efectuado o somatório de ambas. É de notar que estes valores do CHP, se referem ao Hospital de Santo António (HSA) apenas, uma vez que não existem elementos disponíveis do pré-SIGIC para a LIC das outras unidades que o constituem, a Maternidade Júlio Dinis e o Hospital Maria Pia.

A comparação entre os dois hospitais centrais apenas foi possível para as 8 especialidades comuns que possuíam valores completos antes e depois da implementação do sistema, sendo este um facto limitador que restringiu o estudo.

Respectivamente aos dados obtidos do HIDP – Aveiro, foi possível estabelecer uma comparação entre os valores da LIC de 6 especialidades (Cirurgia Geral,

Ginecologia, Oftalmologia, Ortopedia, Otorrinolaringologia, Urologia), uma vez que foram excluídas 3 especialidades por falta de dados; foram utilizados os valores totais dentro de cada especialidade e não se considerou a prioridade da cirurgia.

O tratamento de dados e a construção de tabelas e gráficos foram efectuados através do programa Microsoft Excel®.

Separadamente para cada hospital foi calculada a percentagem da diferença dos valores pós e pré-SIGIC dentro de cada especialidade, de modo a traduzir como percentagem a diminuição ou o aumento das LIC. Com base nestes cálculos, foi também calculada a média destas percentagens, obtendo-se uma medida global da variação sofrida em cada hospital.

b) Resultados

a. Comparação pré e pós SIGIC da LIC do HSJ

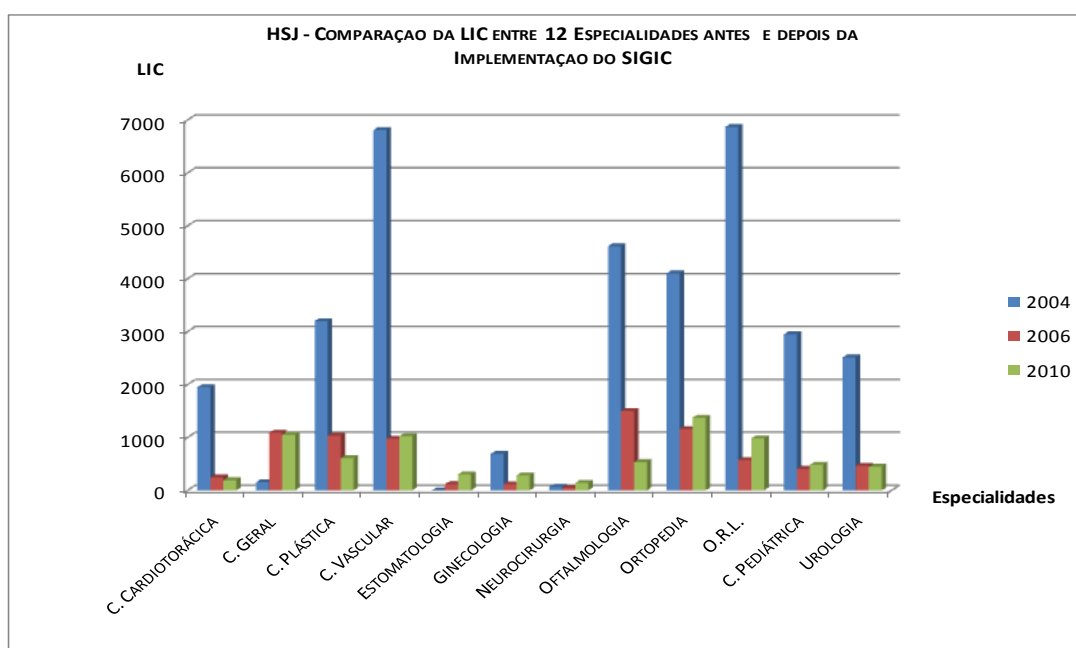


FIGURA 3: COMPARAÇÃO DA LIC DO HSJ ANTES, DURANTE E APÓS A IMPLEMENTAÇÃO DO SIGIC.

No HSJ observa-se uma diminuição nas LIC em 9 das 12 especialidades estudadas. A maior diferença regista-se entre os anos de 2004 e 2010.

Por ordem decrescente verifica-se uma diminuição para Cirurgia Cardiotorácica (-90%), Oftalmologia (-88%), O.R.L. (-86%), Cirurgia Vascular (-85%), Pediatria Cirurgia (-84%), Urologia (-82%), Cirurgia Plástica (-81%), Ortopedia (-67%),

Ginecologia (-59%). Contudo essa diminuição não foi unânime, verificou-se um aumento do número de doentes para as especialidades de Cirurgia Geral (aumento de 896 doentes), Estomatologia (aumento de 301 doentes) e Neurocirurgia (aumento de 73 doentes) como se pode observar na FIGURA 3.

b. Comparação pré e pós SIGIC da LIC do CHP- HSA

No HSA não se observou a diminuição nas LIC em 4 das 9 especialidades estudadas, como se pode verificar na FIGURA 4. Este aumento do número de doentes registou-se para as especialidades de: Cirurgia de Ambulatório (aumento de 36 doentes, 6%), Cirurgia Geral (aumento de 41 doentes, 4%), Estomatologia (aumento de 102 doentes) e Urologia (aumento de 126 doentes, 25%).

A maior diminuição da lista verifica-se na especialidade de Ortopedia (-18%), O.R.L. (-32%), Cirurgia Vascular (-30%) e Ortopedia (-25%).

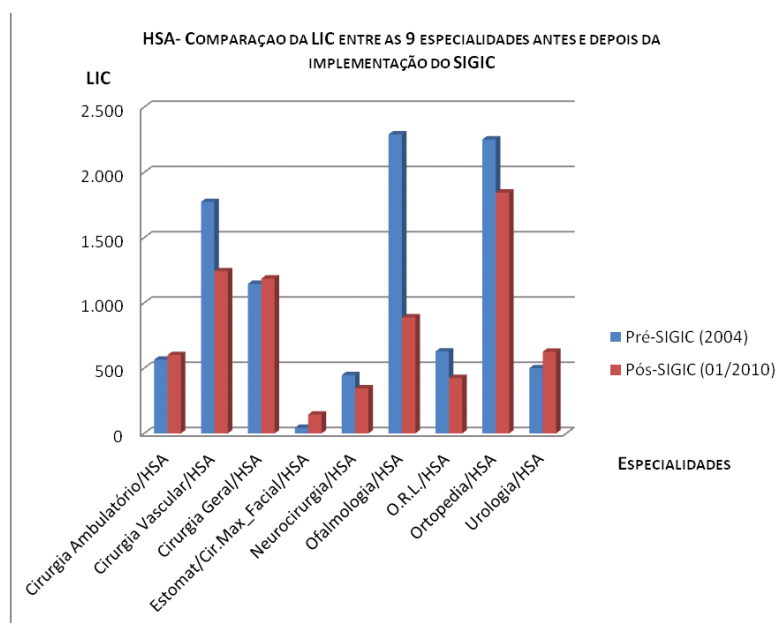


FIGURA 4: COMPARAÇÃO DA LIC DO HSA ANTES E A PÓS A IMPLEMENTAÇÃO DO SIGIC

c. *Análise Comparativa Independente de Dados entre o HSJ e o CHP-HSA*

Tabela II: Análise dos dados referentes à evolução do SIGIC no HSJ.

HSJ				
	Pré-SIGIC (2004)	Pós-SIGIC (01/2010)	Diferença	Porcentagem (%)
C.Geral	155	1051	896	578
C. Vascular	6811	1023	-5788	-85
Estomatologia	2	303	301	15050
Neurocirurgia	68	141	73	107
Oftalmologia	4614	534	-4080	-88
Ortopedia	4102	1374	-2728	-67
O.R.L.	6868	983	-5885	- 86
Urologia	2513	448	-2065	- 82
Somatório	25133	5857	-19276	- 77
Média da % entre as especialidades onde se verificam diminuições:				- 82

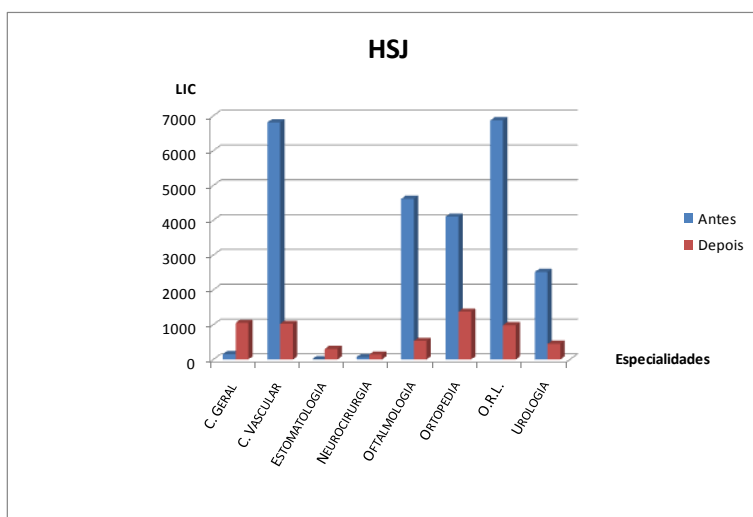


FIGURA 5: COMPARAÇÃO DA LIC DO HSJ ANTES E APÓS O SIGIC

TABELA III: ANÁLISE DOS DADOS REFERENTES À EVOLUÇÃO DO SIGIC NO HSA

HSA				
	Pré-SIGIC (2004)	Pós-SIGIC (01/2010)	Diferença	Porcentagem (%)
C.Geral	1146	1187	41	4
C. Vascular	1774	1243	-531	- 30
Estomatologia	43	145	102	237
Neurocirurgia	447	345	-102	- 23
Oftalmologia	2292	889	-1403	- 61
Ortopedia	2253	1846	-407	- 18
O.R.L.	628	424	-204	- 32
Urologia	500	626	126	- 25
Somatório	9083	6705	-2378	- 26
Média da % entre as especialidades onde se verificam diminuições:				- 33

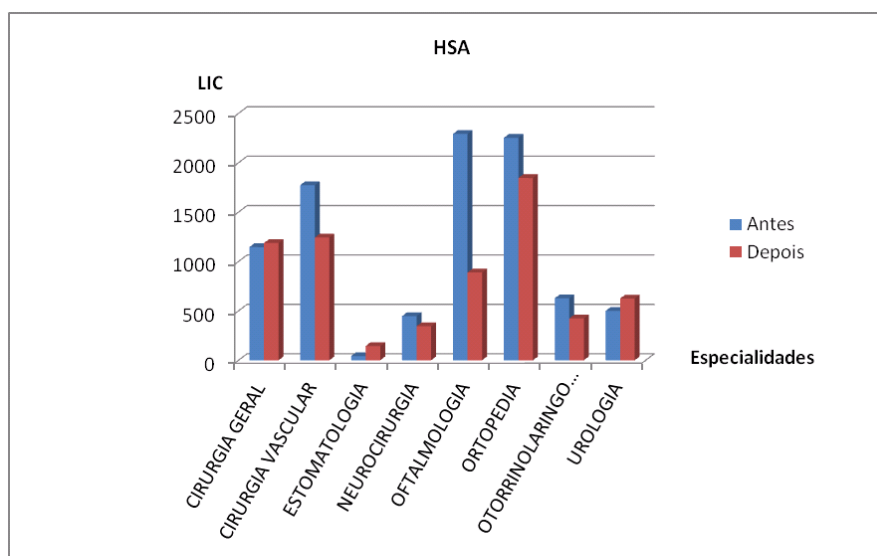


FIGURA 6: COMPARAÇÃO DA LIC DO HSJ ANTES E A PÓS O SIGIC

Na TABELA II e na TABELA III estão discriminados os dados da LIC antes e após a implementação do SIGIC, com o cálculo da diferença em termos de número de doentes que diminuiu/aumentou (i.e. “Doentes do Pós-SIGIC” a subtrair pelos “Doentes do Pré-SIGIC”), e a percentagem atribuída à diferença calculada. Os dados apresentados permitem constatar que não se verificam diminuições nas especialidades de Cirurgia Geral e Estomatologia em ambos os hospitais, e também na especialidade de Neurocirurgia no HSJ.

Entre as outras especialidades consideradas observamos que a % da diferença em média é de -82% no HSJ, (apenas referindo as especialidades que diminuem as LIC em 2010); no total se considerássemos também as especialidades que aumentam, verificar-se-ia uma diminuição de 77%. No HSA esta diminuição, apesar de menos significativa, é de 33% considerando apenas a % da diferença em média das especialidades onde se verifica diminuição da LIC.

A maior diminuição em ambos os hospitais verifica-se na LIC de Oftalmologia: HSJ (menos 4080 utentes na LIC, 88% de diminuição), HSA (menos 1403 utentes na LIC, 61% de diminuição) esta diminuição está evidente na FIGURA 5 (HSJ) e na FIGURA 6 (HSA).

d. *Análise Directa Inter-hospitalar em Valores Absolutos (HSJ vs CHP-HSA)*

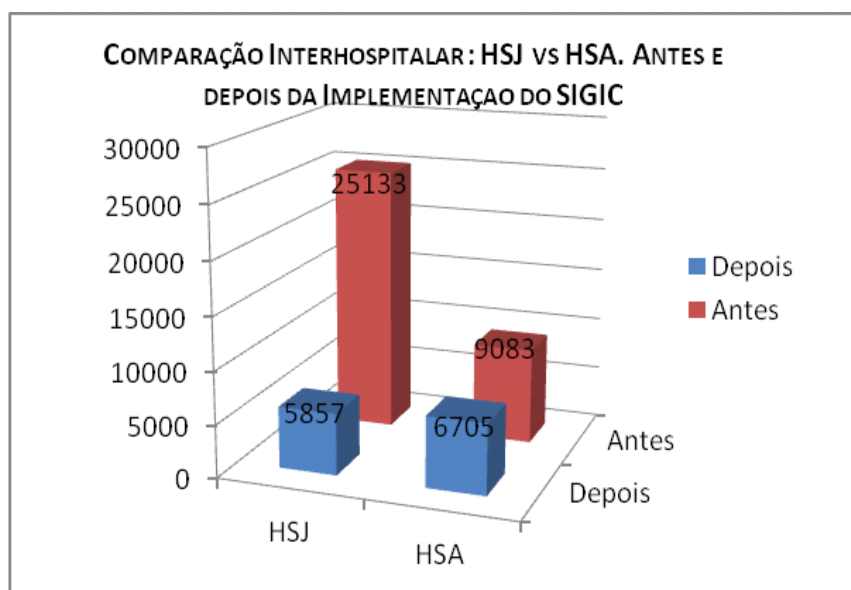


FIGURA 7: COMPARAÇÃO DA LIC DO HSJ E HSA ANTES E APÓS O SIGIC

Como se pode observar na FIGURA 7, verifica-se uma diminuição significativa entre 2004 e 2010. Em média regista-se uma diminuição da LIC de 77% no HSJ e 26% no CHP-HSA. Esta diferença inter-hospitalar, poderá ser justificada pelo “Novo Modelo de Gestão Hospitalar”, nomeadamente a Reforma de Gestão Hospitalar, ou seja, o HSA que entre 2002 a 2005 foi um Hospital SA., a partir de 2005 tornou-se um Hospital EPE. Quanto ao HSJ, este só se converte em Hospital EPE em 2005, tendo sido entre 2002 a 2005 um Hospital SPA. Pelo que, estão em causa, estatutos jurídicos diferentes, regras de gestão hospitalar diferentes, com autonomias diferentes e Contratos-Programa igualmente diferentes devidos aos Estatutos diferenciados, é assim relevante ter estes factores em consideração na interpretação dos presentes resultados.

e. **HIDP – Aveiro: Comparação da LIC pré e pós SIGIC (2006-12/2009)**

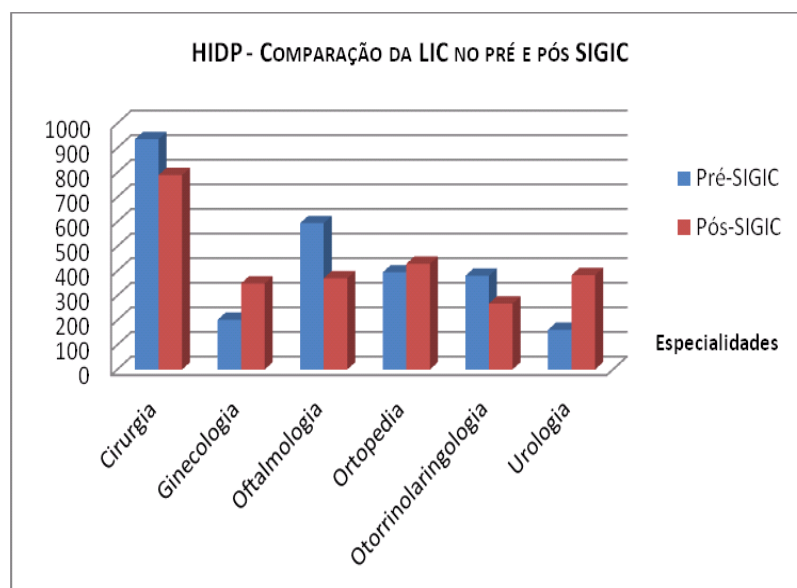


FIGURA 8: COMPARAÇÃO DA LIC ANTES E APÓS O SIGIC NO HIDP-AVEIRO.

No HIDP como está representado na FIGURA 8, observa-se uma diminuição para as especialidades de Cirurgia (16%), Oftalmologia (38%) e O.R.L. (30%), e um aumento para as especialidades de Ginecologia (73%), Ortopedia (9%) e Urologia (139%).

Os dados apresentados nas alíneas anteriores, serão interpretados no ponto V deste trabalho, referente à Discussão dos Resultados.

V. DISCUSSÃO

No âmbito da realização deste trabalho, foram encontradas dificuldades importantes.

A falta de informatização pré-SIGIC, ou eventualmente a falta de dados e organização intra-hospitalar, relacionada possivelmente com um funcionamento administrativo ou clínico desajustado de determinada especialidade/serviço, constituiu um obstáculo à obtenção de dados, que poderiam ter enriquecido e viabilizado uma análise mais abrangente. O estudo ficou limitado pela restrição a especialidades

hospitalares que englobam o SIGIC e também às que possuíam dados precisos prévios e posteriores à implementação do mesmo.

Numa perspectiva geral, de todos os dados analisados em ambos os hospitais, a especialidade de Oftalmologia foi a que teve uma redução mais significativa na LIC. É importante referir que, para esta especialidade foi criado um programa suplementar, o Programa de Intervenção em Oftalmologia (PIO) que visava reduzir o tempo de acesso à primeira consulta, sabendo que muitos desses doentes virão a necessitar de tratamento cirúrgico; assim como garantir o acesso à cirurgia da catarata em tempo adequado, reforçando assim o papel do SNS na resposta às necessidades da população garantindo a equidade no acesso aos cuidados de saúde hospitalares nesta especialidade. O PIO previa a contratualização de 30 mil cirurgias em produção adicional, que seriam realizadas entre 1 de Julho de 2008 e 1 de Julho de 2009, este programa foi regulado através do SIGIC, contribuindo assim para a aplicação da Lei nº41/2007 de 24 de Agosto. A utilização do SIGIC no âmbito deste programa, visa evitar a duplicação de sistemas de informação e otimizar os recursos já existentes. A LIC de Oftalmologia diminuiu no HSJ 88%, no HSA 61% e no HIDP – Aveiro 38%.

A segunda diminuição mais significativa ocorre em ORL, com diminuição de 86% no HSJ, de 32% no HSA e de 30% no HIDP. A Cirurgia Vascular também teve uma diminuição significativa de 85% no HSJ e de 30% no HSA.

A especialidade de Estomatologia, teve um valor inadequado, por ser inesperadamente aumentado, o valor obtido foi de “15050%” mais doentes na LIC em 2010, não constituindo assim um valor prático para a interpretação da presente análise.

Em relação à Cirurgia Geral, os resultados não surpreendem em relação ao esperado, o aumento de 896 utentes no HSJ entre 2004 e 2010, valor que acaba por não ter valor prático para a análise podendo eventualmente estar relacionados com a falta de informatização do sistema; por outro lado, entre 2006 e 2010 a LIC diminuiu 3%, demonstrando uma evolução positiva. No HSA o aumento observado na LIC foi de 41 utentes entre os anos de 2006 e 2010. Estes resultados confirmam o que já foi referido na componente teórica do presente estudo, o aumento da LIC no início da implementação do sistema, poderão assim, ser possivelmente explicados pelo facto de na fase posterior à implementação do SIGIC haver uma maior regulação e clareza do sistema, havendo maior número de registos informatizados e a LIC mais completa que no pré-SIGIC, não esquecendo também que de ano para ano a afluência de doentes em Cirurgia Geral aumenta e é à partida esperado um aumento anual significativo. O HID –

Aveiro permitiu observar o esperado para a especialidade de Cirurgia Geral com diminuição de 16% na LIC. É pertinente referir que o aumento da procura de cuidados de saúde tem evoluindo em crescendo na maioria dos países da Europa, nomeadamente nos últimos 30 anos, explicado talvez por alterações demográficas significativas, relacionadas com o aumento da esperança média de vida e, a obtenção de cuidados mais sofisticados e cada vez mais de ponta, que solucionam doenças outrora sem expectativas de resolução. [21]

Em média, e considerando apenas as especialidades que nos permitem considerar o SIGIC uma mais-valia para o combate das LIC, analisando as especialidades onde observamos uma diminuição, constatamos que o HSJ teve uma diminuição de 82%, enquanto no HSA houve uma diminuição de 33% das LIC. Estes valores abrangem amostras de doentes sensivelmente diferentes, não sendo possível no âmbito deste trabalho avaliar as capacidades de cada uma das instituições. Comparando os dois hospitais centrais (figura 6), em 2004 a LIC do HSJ compreendia 25133 doentes, enquanto o HSA incluía 9083, por outro lado em 2010 houve uma inversão, tendo o HSA uma LIC maior, com 6705 doentes, enquanto a LIC do HSJ passou a ser de 5857 doentes.

Esta diminuição observada ocorreu necessariamente para o maior benefício do utente, permitindo uma maior igualdade em termos de acesso, sobretudo porque actualmente a posição dos doentes na LIC está informatizada e estes podem consultar a mesma, o que tornou o sistema mais transparente.

Apesar das limitações com que este estudo se deparou, já previamente referidas, observou-se uma evolução positiva das LIC pelo menos em algumas especialidades, que se poderá considerar possível devido à implementação deste sistema. No entanto, é importante referir a descontinuidade e a diversidade das políticas aplicadas na saúde paralelamente ao SIGIC, tendo essas políticas como objectivo contribuir para a melhoria no sistema de saúde, como já foi anteriormente mencionado, no que refere alterações ao nível do estatuto jurídico dos hospitais, o Contrato-Programa, as novas unidades de Gestão Hospitalar que como é previsível vêm influenciar indirectamente os presentes resultados. É deste modo importante referir que são necessários dados mais completos que permitam avaliações mais exaustivas e abrangentes, e mais conclusões relativamente à evolução e benefícios do SIGIC. [31]

Segundo o Relatório do Tribunal de Contas (2009), há uma analogia entre o sucedido nos anos anteriores (2007, 2008), em que o número de cirurgias realizadas foi

sempre inferior à afluência dos doentes à LIC. [30] Não se pode deixar de referir os cancelamentos de inscrições, uma vez que por si só não são suficientes para fazer face à entrada de novos doentes na LIC, e que poderá explicar eventualmente a redução do número de doentes em lista de espera. Consideram-se cancelamentos, situações como as desistências, a recusa de transferência para outra instituição, a não activação do Vale-Cirurgia⁸ em 3 meses, propostas não adequadas à situação clínica do doente e também situações em que o doente já tinha sido operado, na própria instituição ou em outra, o que poderia denunciar uma certa desorganização ou falta de resposta atempada do SIGIC às necessidades dos doentes. No entanto, os dados do Tribunal de Contas, apontam para um aumento de capacidade de resolver as listas de espera através da realização das cirurgias, em particular no ano de 2008. [30]

Relacionando com o Princípio da equidade no acesso, nomeadamente no que refere a procedimentos cirúrgicos em utentes inscritos, sobre tutela directamente dos hospitais e indirectamente das entidades reguladoras da saúde, a ACSS comunica que as LIC: “... tem vindo a melhorar embora ainda apresente valores elevados...” [30]

VI. CONCLUSÃO

Este estudo permite constatar que o sistema está a funcionar, não se atingiu a utopia mas, para a realidade nacional, a diminuição observada nas LIC já adivinha um futuro positivo. A equidade no acesso à saúde, apesar de não ser totalmente garantida, está a caminhar no bom sentido. Os hospitais aparentemente obtiveram ganhos a nível da eficiência, e, por seu lado, o SIGIC geriu e articulou informação entre todos os hospitais do SNS, diminuindo por conseguinte o tempo máximo de espera para cada utente.

É pertinente considerar que mantendo o programa de forma sustentada e sem interrupções, poder-se-ão obter resultados excelentes a longo prazo. [22]

⁸ Com a alteração do regulamento do SIGIC os utentes podem recusar o vale cirurgia emitido em seu nome e permanecer no Hospital de Origem sem perda de antiguidade.

No que refere a universalidade e mais concretamente no âmbito deste trabalho a equidade na inclusão na LIC, reconhece-se que apesar de não estar ainda alcançada, é do conhecimento público que estão a ser iniciados esforços no sentido de colmatar as lacunas ainda existentes no SIGIC, nomeadamente a nível nacional através da inserção dos Hospitais em falta. [30]

Seria deveras interessante efectuar um estudo em que se observasse a evolução do número de utentes na LIC ao longo dos anos, uma vez que a falta de informatização prévia cria um défice de dados completos que permitam estabelecer uma comparação exacta; seria assim curioso ver a evolução da LIC por especialidades, nos anos precedentes à implementação do SIGIC, de ano para ano e o progresso de ano a ano após a implementação do SIGIC. Um estudo assim seria o ideal para inferir com precisão se há alguma falha do sistema, contudo, é um estudo utópico pela falta de dados informatizados fiáveis relativamente a toda a evolução. São então considerados necessários mais estudos nesta área que permitam uma avaliação mais exhaustiva, o que pode depender do sucesso em conseguir dados antigos e actuais fiáveis e precisos, que permitam uma avaliação mais completa e abrangente.

Convém ter presente que se torna, cada vez mais necessário caminhar no sentido da “humanização da saúde” e “excelência clínica”. [19] Assim sendo, a colaboração activa de todos os intervenientes de um sistema no sistema, como ocorre no caso do SIGIC, é fundamental em termos de justiça distributiva, de modo a garantir a equidade no acesso aos serviços de saúde e a qualidade dos mesmos.

VII. REFERÊNCIAS

1. Baldor R.A., Ethical Considerations in Disease Management – A Managed Care Perspective, Dis Manage Health Outcomes USA, 2003; 11(2): 71-75.
2. Banta D., Ooetwijn Wija, Introduction: Health Technology Assessment and the European Union. International Journal of Technology Assessment in Health Care 16:2 (2000), 299-302.
3. Yu C.P., Whynes, D.K., Sach T., Equity in Health care financing: The case of Malaysia. International Journal of Equity in Health, 2008, 7:15.

4. Cissé B. Luchini S. Moatti JP: “Progressivity and Horizontal equity in health care finance and delivery: What about Africa?” *Health Policy* 80;2007:51-68
5. Coelho I.B., Democracy Without equity: analysis of health reform and nineteen years of National Health System in Brasil, *Cienc. Saúde colectiva* vol.15 no.1 Rio de Janeiro, Jan.2010.
6. *Entidade Reguladora da Saúde*, Legislação, 2005 Disponível em: <www.ers.pt>. Acesso em Outubro de 2010/ Março de 2010.
7. Giraldes M. R. (1988), *Distribuição de Recursos num Sistema de Saúde Publico*, Análise social, vol. XXIV (101-102), 815-828.
8. Giraldes M. R. (2001), “Equidade em Áreas Socioeconómicas com Impacto na Saúde em Países da União Europeia”, *Cadernos de Saúde Publica*, vol.17, Nº3, pp.533-544.
9. Giraldes, M.R. (2005) “Avaliação do SNS em Portugal: Equidade *versus* Eficiência”, *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, vol.23, Nº2, PP.21-44.
10. Gomes P., Lapão LV., The Role of a Nation-Wide Information System in improving the Access to Surgery in Portugal, *Medical Informatics in a United and Healthy Europe*, 2009:10.3233/978-1-60750-044-5-71
11. Lourenço O., Quintal C., A Equidade na Utilização de Cuidados de Saúde em Portugal: uma Avaliação em Modelos de Contagem, *Notas Económicas*, Coimbra, 2007
12. Macinko J, Starfield B, *International Journal of Equity on Health*, BioMed Central;2002:I:1
13. Maslow A.H., “A Theory of Human Motivation”. *Psychological Review*, 1943,50, 370-396.
14. Ministério da Saúde (2004), *Despacho Nº 24 110/2004*, Lisboa: Diário da República, Nº275, II Série.
15. Ministério da Saúde (2005), *Manual de Gestão de Inscritos para Cirurgia - Processo de Gestão do Utente*, Lisboa, 3ª versão.
16. Ministério da Saúde (2008), *Portaria Nº45/2008*, Lisboa: Diário da República, Nº10, 1ª Série.
17. Mooney G., (2009), *The Economics of Health Equity*, Cambridge University Press, Di McIntyre

18. Mooney G., Houston S., Equity in Health Care and Institutional Trust: a Communitarian View, *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 24(5):1162-1167, 2008.
19. Nunes, R. (2005) *Regulação da Saúde*, 2ª Edição, Porto: Vida Económica.
20. Nunes, R. e Rego, G. (2002) *Prioridades na Saúde*, Porto: McGraw-Hill.
21. Observatório Português dos Sistemas de Saúde, *Relatório de Primavera*, “10/30 anos: Razões para Continuar”, Lisboa 2009, Disponível em: <www.portaldasaude.pt>, Acesso em Abril de 2010.
22. Pedro A.F., “O Impacto do SIGIC e dos Hospitais EPE. sobre as Listas de espera em Portugal”, Mestrado em Economia da Faculdade de Economia Universidade Nova de Lisboa, Lisboa 2008.
23. Presidência do Conselho de Ministros, (2004), *Resolução do Conselho de Ministros n.º79/2004*, Lisboa: Diário da República N.º147, I Série-B
24. *Portal da Saúde*, Disponível em: <www.min-saude.pt>. Acesso em Nov 2009/Março 2010.
25. Rego, G. (2008) *Gestão Empresarial dos Serviços Públicos - Uma Aplicação ao Sector da Saúde*, Porto: Vida Económica.
26. VII Revisão Constitucional (2005), *Constituição da República Portuguesa*, Lisboa 1976. Disponível em: <<http://www.parlamento.pt/Legislacao>>. Acesso em Fev 2010.
27. Rosa M.(2002), *Sistema de Saúde Português*, Escola Nacional de Saúde Pública, Lisboa.
28. Smaje C., Equity and the Ethnic Patterning of GP Services in Britain, *Social Policy & Administration* ISSN 0144-5596, Vol.32, No.2, June 1998, pp. 116-131.
29. Tribunal de Contas, Auditoria ao Acesso aos Cuidados de Saúde do SNS – Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia SIGIC, Relatório N.º 25/07 -2ª. S Processo N.º 50 /05 – AUDIT, Lisboa 2007.
30. Tribunal de Contas, Auditoria de Seguimento das Recomendações Formuladas no Relatório de Auditoria ao “Acesso aos Cuidados de Saúde do SNS – Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia – SIGIC” Relatório N.º 27/09 – 2ª. S, Processo N.º 02/09 – AUDIT, Lisboa 2009.
31. Valente R., Testi A., “A model to prioritize access to elective surgery on the basis of clinical urgency and waiting time”, *BCM Health Serv Res*, 2009;9:1.

32. Vaz V., “A importância do SIGIC”, 2008. Disponível em: www.qualidadeonline.com. Acesso em Março de 2010.
33. Williams A., Economics, Society, and Health Care Ethics. Principles of Health Care Ethics, Ranan Gillon (Editor), John Wiley&Sons Ltd. London, 1994.